



# Formulario de Inscripción Sign-up form

Para seleccionar su plan de salud o el plan de tarifa-por-servicio.

|                       |        |               |
|-----------------------|--------|---------------|
| NÚMERO DEL CASO       |        |               |
| NOMBRE DEL CLIENTE    |        |               |
| DIRECCIÓN DEL CLIENTE |        |               |
| CUIDAD                | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |

## 1. Seleccione su plan de salud. Use este formulario para elegir un plan de salud o tarifa-por-servicio.

- **Lea las hojas azules de información** en este paquete para informarse más sobre las diferencias entre cuidado administrado y tarifa-por-servicio. La información está en el frente y en el respaldo de la hoja azul.
- **Lea la hoja verde de información** contenida en este paquete para informarse más del plan de salud en su área. Podría haber más de un plan de salud. Podría haber más de una hoja verde de información.
- **Cada hoja tiene números de teléfono para llamar si tiene preguntas.**
- **Si quiere elegir un plan de salud y hay ciertos doctores que desea consultar**, llámelos para averiguar si participan en el plan de salud "Healthy Options". Cuando está en un plan de salud, debe utilizar solamente los servicios de doctores que están en el plan. En el respaldo de este formulario, puede pedir los doctores que desea tener.
- **Si elige tarifa-por-servicio y hay ciertos doctores que desea consultar**, llámelos para averiguar si aceptarán su tarjeta de identificación médica y si enviarán la factura por los servicios prestados a "Medical Assistance". Muchos doctores no aceptan el plan tarifa-por-servicios. *Si elige tarifa-por-servicios, no necesita llenar la sección número 3, en el reverso de este formulario.*

Marque una casilla para indicar el plan de salud que desea utilizar para usted y para las otras personas indicadas en su tarjeta de identificación médica:

Plan de salud \_\_\_\_\_  Tarifa-por-servicios

Escriba el nombre del plan de salud (vea las hojas verdes en este paquete para obtener el nombre del plan de salud)

## 2. De las personas indicadas en su tarjeta ID médica, ¿hay alguna de ellas embarazada?

¿Está usted, u otra de las personas indicadas en su tarjeta ID médica, embarazada?

No

Sí ¿Quién está embarazada? Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de parto: \_\_\_\_\_

→ ¿Qué doctor u otro proveedor de servicios médicos está viendo esta persona para su embarazo?

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_



Sírvase voltear la página ►►

**3. Si está eligiendo un plan de salud para su cuidado médico,** irá a una persona en este plan para la mayoría, o para todo su cuidado. A esta persona se le llama su **PCP**, lo que significa Primary Care Provider (Proveedor Principal de Cuidado). Su PCP puede ser un doctor, una enfermera practicante, o un asistente médico.

**Si selecciona un plan de salud,** usted y cada persona nombrada en su tarjeta de identificación médica pueden solicitar los doctores que desean tener como PCP. Si los doctores que desea elegir como PCP están en el plan de salud que seleccionó, escriba sus nombres abajo.

**El plan de salud le hará saber si está bien que utilice los PCP que ha indicado abajo.** Si no escribe los nombres de los PCP en este formulario, el plan de salud le ayudará a seleccionar un PCP, después de inscribirse.

| Nombre de las personas registradas en su tarjeta de identificación médica | ¿Qué doctor le gustaría tener como PCP para esta persona?<br>(Todos los doctores que usted indique como PCP deben participar en el plan de salud. Si no está seguro, llame a los doctores y pregunte si están en el plan de salud que usted desea.) |           |
|---|---|-----------|
|   | Nombre del PCP  | Teléfono: |

*Si hay otras personas registradas en su tarjeta de identificación médica y sus nombres no están escritos en este formulario, escriba sus nombres y los PCP elegidos, en una hoja por separado.*

**4. Niños con necesidades especiales de cuidado a la salud.**

De los niños nombrados en su tarjeta de identificación médica, ¿hay alguno de ellos con una condición médica especial o con retraso en su desarrollo?

No

Sí → Por favor, escriba el nombre del niño (o niños) y la/s condición/es especial/es de salud:

\_\_\_\_\_

**5. Envíenos este formulario de inscripción.** Al terminar ambos lados de este formulario, por favor envíelo en el sobre incluido en este paquete (no necesita ponerle estampillas). Si falta el sobre, envíe este formulario a: Healthy Options, DSHS, PO Box 45505, Olympia, WA 98504-5505.